Drei Fälle von krankhaftem Wandertrieb, ohne Dämmerzustand, im jugendlichen Alter.

ACAD.
LUGD. BAT.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

einer hohen medizinischen Fakultät der Universität Leipzig

vorgelegt von

Siegfried Maaß

Assistenzarzt beim 1. Westpr. Fußartillerie-Reg. Nr. 11 in Thorn.

Borna - Leipzig

Buchdruckerei Robert Noske

1910.

Der medizinischen Fakultät zu Leipzig vorgelegt und zum Druck genehmigt am 29. Juli 1910.

Referent: Geheimer Rat Professor Dr. Flechsig.

Meiner lieben Mutter!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546827_0122

In seiner bekannten Arbeit über „Fugue und fugueähnliche Zustände“ spricht Heilbronner (1) nur bei solchen Wanderungen von Fuguezuständen im engeren Sinne, „die nicht im Gefolge schon länger bestehender krankhafter Störungen, sondern unter dem Einfluß plötzlich in die Erscheinung getretener krankhafter Momente von Personen unternommen werden, die entweder vorher geistig überhaupt nicht erkrankt waren oder jedenfalls bis dahin keine Erscheinungen dargeboten haben, die an sich zu derartigen Wanderungen hätten Anlaß geben können“. Es scheiden daher aus „die in ihrem Tatendrang durch weite Strecken wandernden Maniaci, die wahnhaften Zielen zustrebenden Paranoiker, die vom widrigen Geschick hin und her geschobenen Dementen (inklusive der Paralytiker), lauter Kranke, deren Wanderungen als Folgezustände anderer unschwer erkennbarer, länger bestehender Elementarerscheinungen zu erklären sind“. Auch depressive Zustände könnten zu Wanderungen Anlaß geben.

Ferner betont Heilbronner, daß die Wanderung niemals eine Krankheit sui generis darstelle, auch wenn sie anfallsweise und ohne bestimmtes Ziel auftritt. Das Wandern im einzelnen Falle sei nicht einmal ein für die Diagnose verwendbares elementares Symptom, so daß man von einer der betreffenden Grundkrankheit charakteristischen Form des Wandertriebes nicht sprechen könne; vielmehr müsse in jedem Falle noch die Grundkrankheit bestimmt werden.

Welche Krankheit hauptsächlich ätiologisch für den Wandertrieb in Betracht kommt, ist in der Literatur des letzten Jahrzehntes lebhaft erörtert worden.

Während Schultze (3), Donath (4) und Aschaffenburg (5) die überwiegende Mehrzahl der Fälle auf mehr oder minder deutlich ausgesprochene Epilepsie zurückführten, fand Heilbronner als Resultat seiner Untersuchungen „die Zahl der mit Hysteriesymptomen behafteten Fuguekranken bedeutend größer als die der Epileptiker“ und folgerte, daß „die Stellung der Diagnose Epilepsie allein aus dem Auftreten von Fuguezuständen und die Auffassung aller anfallsweise auftretenden Wanderzustände als epileptisches Äquivalent nicht zulässig“ sei.

Bei Beantwortung der Frage, ob die Fuguezustände als ein Phänomen sui generis aufzufassen wären oder ob solche Vorkommnisse aus anderen elementaren Störungen zu erwachsen pflegten, wie „die Nahrungsverweigerung, der Selbstmord oder der Zerstörungstrieb der Geisteskranken“, kommt Heilbronner zu dem Schluß, daß in einer sehr großen Anzahl von Fällen der Wandertrieb die „krankhafte Reaktion degenerativ veranlagter Individuen auf dysphorische Reize“ bedeute. Diese Dysphorie kann dabei autochthon sein, wie Heilbronner mit den Worten ausführt: „es ist lange bekannt . . ., daß dem Fortlaufen ganz gewöhnlich Zustände von Verschlossenheit, Verstimmung, Reizbarkeit vorangehen, an deren Auftreten die Angehörigen, ja unter Umständen die Kranken selbst die herannahende Gefahr des Weglaufens zu erkennen imstande waren“, in einer ganzen Reihe von Fällen kann man aber auch ganz zufällige äußere Umstände als die Verstimmung und darauf folgend die Wanderung auslösende Momente feststellen. Auf solche Weise könne die Tendenz

zum Entweichen habituell und dann durch immer geringere Anlässe hervorgerufen werden.

Dagegen erklärt Raecke (2), Heilbronners Ansicht, die Wanderungen nachweislicher Epileptiker unterschieden sich in keiner Richtung von denen nichtepileptischer Individuen, sei nicht richtig und darauf zurückzuführen, daß Heilbronner die epileptischen Wanderzustände zu sehr als einheitliches Krankheitsbild behandelt habe. Darauf sei auch zurückzuführen, daß spätere Autoren eine Trennung der verschiedenen Formen krankhaften Wanderns zum Teil überhaupt nicht mehr versuchten, sondern auf alle Wanderzustände das Schlagwort von der „Dysphorie“ anwandten. Raecke betont, daß das epileptische Wandern kein einheitliches Krankenbild biete, und weist auf die Wichtigkeit hin, zwischen Wandern mit und ohne Bewußtseinstrübung streng zu unterscheiden. Die Bezeichnung „Poriomanie“, die Donath speziell für epileptisches Wandern gebraucht wissen will, hält er ebenso wie Schultze für irreführend und „krankhaften Wandertrieb“ für eine geeignete Bezeichnung. Er entwickelt dann differentialdiagnostische Unterschiede beim Wandertrieb der Epileptiker, Hysteriker und Neurastheniker mit besonderer Berücksichtigung des Vorkommens und der Schwere der Bewußtseinstrübung und bestätigt aus eigener Erfahrung die relative Häufigkeit des Hangs zum Fortlaufen bei Nervösen und auf dem Boden des angeborenen Schwachsinns, ohne daß es sich dabei um Epilepsie zu handeln brauche. Auch er hat gefunden, daß dysphorische Zustände eine Hauptrolle als auslösendes Moment bei Nervösen spielen und daß der Wandertrieb auf diese Weise habituell und bei jeder stärkeren Erregung ausgelöst werden kann. Schultze (3) kommt wie Raecke zu dem Resultat, daß das epileptische Wandern

bezüglich Bewußtseinstrübung und auslösender Momente kein einheitliches Bild darstelle und daß ein und derselbe Epileptiker diese verschiedenen Formen in seinen Wanderungen mit der Zeit aufweisen könne. Daneben bringt er auch Fälle, in denen einfache Depression, durch Affekte ausgelöste Dämmerzustände (bei Neurasthenikern) und Degeneration zu Wanderungen Veranlassung gegeben haben. Scheinbar unabhängig von Heilbronner kommt auch Schultze zu dem Schluß, daß psychopathische Individuen das Hauptkontingent für krankhafte Wanderungen stellen und daß eben diese Psychopathie es begreiflich mache, „wenn die Reaktion auf Mißstimmungen eine so intensive und nachhaltige“ sei. Diese Verstimmung könne endogen, durch Alkohol oder durch eine unangenehme Begebenheit ausgelöst sein. Aus dem Umstand, daß er seine Fälle in kurzer Zeit gesammelt hat, schließt er auf das häufigere Vorkommen des pathologischen Wandertriebes, häufiger, als man auch vielfach in Fachkreisen annähme.

Zu dieser Anschauung Heilbronners und Schultzes, daß das Hauptkontingent der an krankhaftem Wandertrieb Leidenden durch degenerativ veranlagte Psychopathen gestellt und daß der Wandertrieb hauptsächlich durch krankhafte Reaktion auf dysphorische Zustände ausgelöst wird, sind auch die meisten späteren Autoren gekommen, so daß diese wichtige ätiologische Frage zu einem gewissen Abschluß gekommen zu sein scheint.

Allerdings genügt manchen, wie Gaupp und Aschaffenburg (5 u. 6), allein der Nachweis solcher dysphorischen Zustände, um auch hier auf Epilepsie zu schließen, wie Heilbronner in seiner Arbeit hervorhebt.

Nun findet man noch in der Literatur eine Reihe von

Fällen verzeichnet, in denen die Frage reiner Impulsivität des Wandertriebes erörtert wird, wo man also bei wiederholtem Wandern von „impulsivem Irresein“ sprechen könnte. Doch hat sich auch in den reinsten Fällen impulsiven Handelns bei psychisch scheinbar völlig intakten Individuen, und wo nicht die geringste Bewußtseinstrübung vorgelegen hatte, immer entweder autochthone Verstimmung oder Reaktion auf einen dysphorischen Reiz als auslösendes Moment feststellen lassen, so daß das Ziehensche (7) Postulat für eine rein impulsive Handlung „keine Motivierung durch normale oder pathologische Affekte, Empfindungen oder Vorstellungsreihen usw.“ niemals sich erfüllen ließ. Heilbronner weist daher auch darauf hin, daß der Begriff des Impulsiven in der Psychiatrie immer mehr schrumpfe. Es möchten wohl Fälle vorkommen, in denen das Fortlaufen impulsiv im engsten Sinne erfolgt, doch könne deren Zahl nur sehr gering sein, eben weil sich fast ausnahmslos ein auslösender dysphorischer Reiz nachweisen lasse. Diesen dysphorischen Reiz gibt Ziehen in dem von ihm beschriebenen Falle beim ersten Anfall von Wandertrieb selber zu. Rauschke (9) kommt am Schlusse seiner Arbeit ebenfalls zu dem Resultat, den Begriff des impulsiven Irreseins überhaupt fallen zu lassen und die impulsive Handlung als das Symptom erblich degenerativer Konstitution oder sonstiger nervöser Disposition aufzufassen. Auch Saiz (10) stellt in seinem Falle die Diagnose auf, „erblich degenerative psychopathische Konstitution mit Hysteriesymptomen“ und sieht von reiner Impulsivität ab. Heilbronner und Raecke sprechen nur von Impulsivität im weiteren Sinne, d. h. auf dem Boden des epileptischen Schwachsinns. Schultze führt dagegen einen Fall (V) an, in dem es sich um reine Impulsivität gehandelt haben soll.

„Schenken wir den Aussagen unseres Kranken Glauben — und dazu sind wir nach dem Mitgeteilten sowie aus anderen Gründen berechtigt —, so ist bei ihm der Trieb zu reisen das einzige Motiv dieser Handlung. Diese Reisen wären mithin vom psychiatrischen Standpunkt aus als impulsive Handlung zu bezeichnen.“ So wäre unser heutiger Standpunkt über Ätiologie des Wandertriebes der, wie ihn Fischer (11) in einem im Budapester Ärzteverein gehaltenen Vortrag zusammenfassend wiedergibt:

1. „Der Wandertrieb kann auf epileptischer Grundlage, aber auch ohne solche entstehen;

2. er ist nicht als Krankheit sui generis, sondern als Symptom einer Krankheit aufzufassen;

3. aus der Art des Herumwanderns kann man selbst dann nicht auf Epilepsie schließen, wenn das Wandern sich periodisch wiederholt;

4. diese Zustände sind, wie das Heilbronner tat, als krankhafte Reaktion degenerierter Individuen auf dysphorische Reize aufzufassen;

5. als epileptischen Ursprungs sind sie dann anzusehen, wenn epileptische Antezedenzien nachweisbar oder somatische Symptome vorhanden sind. Die Diagnose wird bestärkt, wenn das Bewußtsein gestört war“.

Dem liebenswürdigen Entgegenkommen des Herrn Dr. Kahlbaum zu Görlitz verdanke ich die Krankengeschichten dreier jugendlicher Patienten, die im ärztlichen Pädagogium der Dr. Kahlbaumschen Nervenheilanstalt längere Zeit behandelt wurden und somit genau beobachtet werden konnten. Alle drei hatten nicht nur vor ihrer Aufnahme krankhaften Wandertrieb gezeigt, es konnten vielmehr auch während der Anstaltsbehandlung Entweichungen und Versuche zu solchen

ärztlich beobachtet werden. Auf die Schwierigkeit, welche der Beurteilung vieler Fälle von Wandertrieb gerade wegen fehlender ärztlicher Beobachtung erwächst, haben Heilbronner und Raecke nachdrücklich hingewiesen.

Die Wichtigkeit, welche der Kenntnis von krankhaftem Wandertrieb nach Art, Häufigkeit und Entstehungsweise gerade im jüngeren Lebensalter zukommt, ist richtig erkannt worden. Die Beurteilung vieler Fälle in klinischer und besonders auch in forensischer Hinsicht wird nicht unwesentlich erleichtert, wenn das Vorkommen solcher Wanderzustände im Kindesalter nachweisbar ist (Heilbronner).

Heilbronner hat unter seinen Fällen schon eine Reihe ganz jugendlicher Individuen, „denen sonst nachweislich in der Literatur nur weniger Aufmerksamkeit geschenkt worden ist", und weist darauf hin, daß das Auftreten von Wandertrieb bei Kindern, bei denen das Entweichen oder Sichverstecken eine recht häufige Folge des schlechten Gewissens sei, vielleicht nicht zufällig wäre. Auch Ganser mache darauf aufmerksam, daß man Wanderungen öfter bei jugendlichen Individuen bezw. Kindern finde, bei denen zunächst keine anderweiten Erscheinungen, dagegen später ein leichter Schwachsinn nachzuweisen wäre. Und Heilbronner schließt aus der Häufigkeit, mit der „Entlaufen" schon in der Kindheit bei vielen Personen festgestellt werden kann, die später an krankhaftem Wandertrieb leiden, auf die Zugehörigkeit vieler in früheren Jahren auftretender Wanderzustände zu der hier besprochenen Krankheitsgruppe. Auch Raecke hat in der Anamnese zweier seiner Patienten erhoben, daß sie schon als Kinder oft von Haus fortgelaufen seien, was doch schwerlich ein zufälliges Zusammentreffen wäre. Er stellt fest, daß der Hang zum Fortlaufen überhaupt bei Jugendlichen ziemlich häufig

anzutreffen wäre, besonders bei nervöser und degenerativer Grundlage. Als wichtigste den dysphorischen Reiz auslösende Umstände führt er an: „Verführung durch Kameraden, Leichtsinn und Abenteuerlust, eine Art Leidenschaft für Wandern und Reisen überhaupt, die jede Rücksicht außer acht läßt. Verkehrte oder mangelhafte Erziehung mögen nicht selten einen wesentlichen Teil der Schuld tragen". Aus seiner Erfahrung an Patienten der Frankfurter Irrenanstalt folgert Raecke ferner, daß sich aus den verschiedenen äußeren Anlässen bei Jugendlichen gewohnheitsmäßiges Fortlaufen entwickeln könne, auch ohne initiale Verstimmung. Wie schon Heilbronner sich über das Habituellwerden des Wandertriebes bei Jugendlichen geäußert hat, sagt auch Raecke, daß wenn der Hang erst mal infolge einer ungehinderten Ausbildung habituell geworden wäre, er dann auch bei jeder stärkeren Erregung hervorträte und das Handeln bestimme.

Ich werde im folgenden jeden der drei Fälle zunächst an der Hand seiner Krankengeschichte einzeln besprechen und dann vergleichende Schlüsse ziehen.

Krankengeschichte Fall I.

F. v. A., $17^1/_2$ Jahr alt. Aufgenommen Januar 1903.

Anamnese.

Heredität: Ein Bruder des Vaters war als junger Mann „sehr großer Durchgänger", ein Sohn dieses Bruders vorübergehend geisteskrank.

Geburt: Zange.

Laufen und sprechen gelernt: rechtzeitig gut.

Krankheiten: Scharlach, Masern, Diphtherie (sehr stark). Niemals Krämpfe oder krampfähnliche Anfälle.

Schule: oft gewechselt, (Gymnasium, Kadettenkorps,

Hauslehrer, Realgymnasium). Gutes Auffassungsvermögen, guter Mathematiker, doch wenig ausdauernder Arbeiter.

Trauma: —

Nikotin: starker Zigarettenraucher.

Alkohol: Trinkt wegen Intoleranz angeblich nicht viel, „von vier Glas Bier ganz weg, zornmütig, direktionslos, Kopfschmerzen".

Infectio: negatur. Treibt zeitweise starke Onanie.

Charakteranlagen: Energielos in Durchführung von Plänen oder gegen seine schlechten Triebe anzukämpfen, lügt und stiehlt, dabei liebenswürdiges Auftreten, weiß zu gewinnen, aber auch vorlaut und äußert gern ungefragt seine Meinung, leicht verführbar; Familiensinn gut entwickelt.

Sonstige Interessen: Musikalisch, liest gern Romane, die er oft förmlich verschlingt. Angeblich auch für Musik interessiert. Ist mit Vater viel gereist.

Körperlicher Befund: Großer, gutgebauter und genährter junger Mann. Keine Degenerationszeichen. Keine Narben oder alte Zungenbisse. Keine hysterischen Stigmata. Seit dem 15. Lebensjahr angeblich ca. alle drei Monate Anfälle von Herzangst. Krampfgefühl in der Herzgegend mit Luftmangel und einem Gefühl, „als ob das Herz stille stehen wolle". Niemals Schwindelanfälle.

Wanderungen vor der Aufnahme
(chronologisch geordnet):

I. Kam eines Tages aus der Kadettenanstalt plötzlich nach Hause gereist unter der Angabe, es wäre ein Brand ausgebrochen, weshalb alle Kadetten ausnahmsweise Ferien bekommen hätten (16 Jahre); später stellte sich heraus, daß er sich den Rock eines anderen Kadetten angeeignet hatte und sich den Konsequenzen durch die Flucht zu entziehen suchte.

II. Entlief bald seinem Lehrer in N., wo er zur Schule gehen sollte, nach Hause.

III. Verabredete mit zwei Kameraden einen Fluchtplan, „um frei zu sein, sich den Lebensunterhalt selbst zu verdienen, zur See zu gehen, event. um Farmer in Amerika zu werden". Die auftauchenden Bedenken schlug er nieder. Mit dem Erlös verkaufter Bücher und seinem Taschengeld (wöchentlich 2,50 Mk.) kam er bis Antwerpen. Als das Geld verbraucht war, depeschierte er nach Hause und wurde abgeholt. „Als Motiv kann ich nur Unüberlegtheit der Folgen eines solchen Schrittes anführen."

IV. Entweichungsversuch allein „um frei zu sein, niemand sollte ihm etwas zu sagen haben". Wenige Stunden, nachdem der Entschluß aufgetaucht war, weggegangen, planlos in einen Zug gesetzt, nur aus dem plötzlichen Verlangen, fortzukommen. Er nahm sein Sparkassenbuch mit 100 Mk. Inhalt mit. In seinem Lebenslauf schreibt er hierüber: „Hätte ich nun diesen Trieb sofort ernstlich bekämpft, so wäre es wahrscheinlich bei dem ersten Entweichungsversuch geblieben. Da ich aber die Gefahr nicht erkannte, die mir später so viel unnützes Unglück bringen sollte, sondern dieser Neigung die Zügel schießen ließ, kam es, daß dieselbe so stark wurde, daß es mir später nur unter Anwendung allergrößter Energie möglich gewesen wäre, dieselbe erfolgreich zu bekämpfen. Leider aber besaß ich diese Energie nicht, und so geschah es, daß ich immerfort neue Taten ausführte. Die Energie verläßt mich und jeder Vorwurf wird im Keime erstickt".

V. Stand nachts auf, klagte der Mutter über Herzklopfen, entwich dann heimlich noch in derselben Nacht, nachdem er der Mutter Geld entwendet hatte, per Rad nach

O., der nächsten Bahnstation; von dort kam er bis Neapel, wo er gefaßt wurde. Als Grund kann er nur den „plötzlichen Drang“ angeben.

VI. Infolge plötzlichen Dranges sei er „im Dusel“ (Kopfschmerz) von Hamburg nach Norderney gefahren und erst hinter Helgoland wieder klar geworden. Die Reise war unter dem Vorwand, zu seiner erkrankten Mutter zu müssen, unternommen worden. Später stellte es sich heraus, daß diese Reise mit einem Freund verabredet war. Er stahl auf der Hinreise einem Fremden 100 Mk., nach deren Verbrauch er nach H. zurückkehrte.

VII. Verübte im Institut des Dr. A. verschiedene Diebstähle. Als der Verdacht auf ihn fiel, Fluchtversuch.

VIII. Sollte sich in Hamburg auf einem Dampfer als Schiffsjunge melden. Fuhr statt dessen nach Wiesbaden und an den Rhein, angeblich um Freunden Lebewohl zu sagen, nachdem er aus dem verschlossenen Pult eines Offiziers 100 Mk. geraubt hatte. Er stellte sich dann in Antwerpen auf dem Dampfer ein, desertierte aber bald, aber nicht aus innerem Drang: „denn was ich haben wollte, das Herumreisen, hatte ich ja“, sondern aus anderen Gründen.

Die Länge der Reisen erstreckte sich von Tagen bis auf Wochen; Geldmangel beendete sie meist von selber, indem Patient dann telegraphisch seinen Aufenthaltsort angab. Das Erinnerungsvermögen war stets ein ungetrübtes, auch im Detail. Nur in den ersten Stunden der Reise soll öfters leichte Unklarheit — wahrscheinlich unter dem Einfluß des die Reise auslösenden Affektes — bestanden haben, doch fehlen hierüber nähere Angaben. Retrograde Amnesie hat sich in keinem Falle — auch nur teilweise — nachweisen

lassen. Oft wurde er sich der Schönheit des Ortes bewußt (Venedig), oft stand er lediglich unter dem Triebe des Reisens und Vorwärtsdrängens, so daß er zu keinem Genuß kam (Paris). Patient macht selber einen Unterschied zwischen instinktiven und nicht instinktiven Reisen. Die wichtigsten Daten aus der sehr ausführlichen Krankengeschichte sind kurz folgende:

1. 6. 1903. Psychisch orientiert. Zeigt kein Schuldbewußtsein, großtuerisch mit seinen Reisen prahlend.

6. 6. 1903. Wechselnde Stimmung: traurig, übermütig (grundlos). Bald trotzig und rechthaberisch, bald sich ohne weiteres fügend und scheinbar bereuend.

14. 6. 1903. Renommistisch. Sehr reizbar und jähzornig. Er werde bei erster Gelegenheit wieder entweichen und zur See gehen. Über seine Delikte zeigt er keine Reue, wird schroff, sieht auf ernstlichen Vorhalt sein Unrecht angeblich ein.

18. 6. 1903. Entweicht durch das Fenster eines Parterrezimmers, nachdem der berechtigte Verdacht geäußert wurde, er habe einem Wärter Geld gestohlen, nahm die Mütze eines Kameraden mit. Kehrt nach 24 Stunden aus Geldmangel zurück. Äußert dabei: „wenn er Geld gehabt hätte, wäre er heute nicht mehr in Deutschland". Sucht harmlos aufzutreten.

24. 6. 1903. Klagt über innere Spannung und Aufregung, ohne einen Grund zu wissen. Schlechter Schlaf.

10. 7. 1903. In den Angaben über sein Vorleben sehr widerspruchsvoll, sucht seine Handlungen oft durch günstigere Darstellung zu entschuldigen; andererseits übertreibt er sie in renommierender Weise auch wieder. Rascher Stimmungswechsel. Der Vater behauptet, daß die Reisen seines

Sohnes stets im Anschluß an eine Gemütsdepression unternommen seien.

7. 8. 1903. Renommiert in törichtster Weise und will stets andere mit seinen Erzählungen übertrumpfen, z. B. auf die Erwähnung, daß es noch nicht gelungen sei, Albatrosse über den Äquator zu bringen: „Die Königin von England habe für das Gelingen 100 Millionen Schilling ausgesetzt."

7. 8. 1903. Entwich durch ein Fenster in die Stadt, versetzte Bücher und kaufte Zigaretten dafür. Angeblich Fluchtplan, der wegen Geldmangel nicht ausgeführt werden konnte.

10. 8. 1903. Äußert wiederholt Fluchtgedanken, schwindelt viel.

25. 8. 1903. Glaubt, er könne noch einmal Minister oder General der serbischen Armee werden.

4. 10. 1903. Renommiert mit seinem Adel: schreibt sich „Baron v. A.", erzählt, zum Gatten der Tochter des Fürsten P. bestimmt zu sein. Gibt ein Empfehlungsschreiben an seine Cousine „Komteß Marie Antoinette auf Schloß Wachta" mit (beide existieren nicht).

22. 10. 1903. Ist fleißig und faßt gut auf. Hegt nach seiner Angabe jetzt keine Fluchtgedanken, da er sich nicht so kurz vor dem Einjährigenexamen seine Karriere verderben wolle.

26. 10. 1903. Lernt leicht.

24. 11. 1903. Für den Unterricht gut vorbereitet, gut begabt.

12. 12. 1903. Ordentlich und fleißig.

24. 1. 1904. Schauspielert gern. Stellt sich einer Dame als „Graf" vor.

2. 5. 1904. Mit drei anderen jungen Patienten entwichen unter Hinterlassung eines orthographisch sehr mangelhaften Briefes, dahin lautend, sie hätten sich geschworen, wenn einem von ihnen eine verdiente Bitte abgeschlagen würde, dies doch zu erreichen. „Nun ist dem Z. kein Ausgang gegeben worden, und wir müssen diesen erreichen. Deshalb sind wir gegangen."

11. 5. 1904. Zurückgebracht. Sagt, überhaupt keinen Grund zur Entweichung gehabt zu haben, sondern habe eben nur mal wieder eine Reise unternehmen wollen. Wollte sich wieder als Schiffsjunge anwerben lassen. Kam bis Fiume und telegraphierte von dort wegen Geldmangels nach Hause.

24. 5. 1904. Komplottiert, hat wieder Fluchtpläne.

12. 8. 1904. Konferiert mit zwei anderen Patienten wegen Fluchtplänen.

20. 9. 1904. Examen gut bestanden. Entlassen.

Wir haben es also mit einem erblich belasteten, frühreifen jungen Menschen zu tun, bei dem zur Pubertätszeit psychische Störungen zweifacher Art auftreten: einmal begeht er auf Grund eines starken ethischen Defekts Handlungen, die in krassem Widerspruch zu seiner Erziehung und sozialen Abstammung stehen: er begeht Diebstahl, ohne nachher wesentliche Zeichen von Reue zu zeigen, wenn er auch das Strafbare seiner Handlungsweise kennt, er zeigt Hang zum Lügen und sucht gegebenenfalls auch durch Vorspiegelung falscher Tatsachen seine Pläne auszuführen. Aus demselben Grunde fühlt er sich zu sozial unter ihm Stehenden oft besonders hingezogen. Daneben bildet sich bei ihm unstillbarer Wandertrieb aus, der krankhaft genannt werden muß, weil er sich in meist planlos unternommenen und ausgeführten Reisen äußert, vielfach ohne jegliches Interesse für

das zu Schauende. Er neigt zu renommistischen Übertreibungen, die teilweise wie Größenideen anmuten, und zeigt unmotivierte plötzliche Stimmungsschwankungen. Seine Intelligenz ist dabei eine gute, er ist in mancher Hinsicht sogar begabt zu nennen und besitzt vielseitiges Interesse. Er leidet zeitweise unter Kopfschmerzen, nervösen Herzstörungen und hypochondrischen Anwandlungen. Für Epilepsie oder Hysterie besteht nicht der geringste Anhaltspunkt, und gerade für erstere Diagnose nur auf Grund der häufigen Dysphorie, wie Gaupp und Aschaffenburg dies tun (s. oben), sehe ich keine Veranlassung. Näher liegt es noch, an Hebephrenie zu denken. Alter, Größenideen und ethischer Defekt würden gut in dieses Bild passen. Doch kann man sie meiner Ansicht nach wegen der vorzüglichen Intelligenz, der Ungestörtheit der Ideenassoziation, der Erinnerungsbilder wie überhaupt nach dem ganzen durch die klinische Beobachtung gewonnenen Eindruck mit ziemlicher Sicherheit ausschalten. Die Diagnose wäre somit auf eine „erblich degenerative psychopathische Konstitution“ zu stellen.

Bei seinen Wanderungen fällt sofort auf, daß sie fast ausnahmslos von einer Defekthandlung (Diebstahl) begleitet sind. Setzte nun erst diese Defekthandlung den dysphorischen Reiz zum Wandern, oder wurde erstere bereits unter dem Einfluß eines dysphorischen Reizes ausgeführt? Man kann wohl letzteres annehmen, da der ethische Defekt des Patienten eine richtige Vorstellung von den Konsequenzen seiner Verfehlungen nicht in ihm aufkommen ließ, er andererseits auch verschlagen genug war, etwaigen Verdacht von sich abzuwälzen, Angst und Furcht vor Entlarvung also nicht recht in ihm aufkamen. Außerdem brauchte er Geld, um fortzukommen, wie umgekehrt durch Erschöpfung seiner Mittel die Reise

jedesmal auch ihr Ende fand. In einem Falle (6) führte er den Diebstahl auch erst unterwegs aus. Defekthandlung und Wanderung kann man also als zusammengehörend betrachten. Der dysphorische Reiz war sowohl autochthon, wie durch äußere Umstände bedingt. Autochthon war er nach eigener Angabe bei (5) sowie bei früheren Entweichungen noch wiederholt nach der Aussage des Vaters, daß seiner Ansicht nach der Reisetrieb stets im Anschluß an eine Gemütsdepression aufgetreten wäre — eine wichtige objektive Feststellung. — Von äußeren Umständen, die den dysphorischen Reiz bedingten, treffen alle zu, welche Raecke in seinem oben angeführten Satz aufzählt, besonders wohl auch hinsichtlich der Erziehung, da die Phantasie des Knaben durch reichliche Lektüre und viele Reisen in Begleitung des Vaters ungewöhnlich lebhaft erregt wurde. Besondere Beachtung verdient noch Flucht (4) wegen des scheinbar rein impulsiven Charakters. Für sich betrachtet, könnte sie ohne weiteres als rein impulsive Handlung aufgefaßt werden, da ein bestimmender Affekt fehlt und es sich um eine rein überwertige Vorstellung („heftiges Verlangen, fortzukommen") handelte, die dann in die Handlung umgesetzt wurde. Im Rahmen des Ganzen betrachtet drängt sich jedoch die Wahrscheinlichkeit auf, daß auch hier eine — nur nicht beobachtete — Dysphorie vorangegangen ist. Außerdem sind die für die Reisen von seiten des Patienten angegebenen Motive mit Vorsicht aufzufassen, da er aus berechtigtem Interesse oft falsche Angaben machte (6). Der unter 4 angeführte Satz aus dem selbstverfaßten Lebenslauf des Patienten charakterisiert die allmähliche Entwicklung eines habituellen Wandertriebes in treffender Weise. Die während des Anstaltsaufenthaltes ausgeführten Entweichungen bieten im einzelnen nichts Neues.

Bei der am 2. 5. 1904 unternommenen sieht man das Minimale des dysphorischen Reizes zur Auslösung des habituellen Triebes — der einem anderen verweigerte Urlaub, an dem Patient gar kein Interesse hatte. Auch abortive Anfälle, in denen nach Heilbronners Beobachtung der Anfall sich auf die sonst nur das Initialstadium bildenden dysphorischen Zustände beschränkt, sind beobachtet worden (14. 6. 1903, 24. 6. 1903, 24. 5. 1904 und 12. 8. 1904).

Das Erinnerungsvermögen während und nach der Reise war jedesmal ein gutes. Daß in den ersten Stunden oft eine gewisse Unklarheit geherrscht haben soll, ist erklärlich, wenn man berücksichtigt, daß Patient dann noch stark unter dem Einfluß des dysphorischen Reizes stand.

Auch Schultze warnt davor, bei einer Gedächtnislücke gleich an Dämmerzustand zu denken, namentlich wenn ein Affekt die Erinnerung an die kurz vorher liegenden Ereignisse auslöscht.

Fall II.

E. B. 19 Jahre. 5. 7. 1909 aufgenommen.

Anamnese.

Heredität: Großvater mütterl. mit 73 Jahren nach 31jährigem Leiden (Zentralnervensystem) gestorben. Vater etwas nervös. Sonstige Familienangehörige sollen sämtlich gesund sein.

Geburt: Normal.

Krankheiten: Mit 2 Jahren eine Art „Hitzschlag“, weil er zu lange in der Sonne gewesen war. Niemals Krämpfe oder ähnliche Anfälle.

Geistige Entwicklung:

Kam mit 6 Jahren zur Schule, lernte schwer, konnte die

„Einheit“ (1) nicht begreifen, bekam dann einen Hauslehrer, mit dem es gut ging. Mit 8 Jahren in die Volksschule zurück, mit 9 Jahren Realgymnasium, wo ihm Latein schwer fiel. Kam nach 1 Jahr auf Privatschule, bestand hier mit 16 Jahren das Einjährigenexamen. Trat dann in ein Bankgeschäft ein, war fleißig und anstellig.

Charakteranlage: Oft zänkisch, schwer verträglich. Wo er Vertrauen gefaßt hatte, auch sehr anhänglich. Im allgemeinen sich wenig anschließend. Seit den Entwicklungsjahren Hang zum Lügen.

Trauma: Keins. Potus: Wegen Intoleranz, die ihm selber bewußt ist, kein Alkoholgenuß.

Nikotin: Raucht gern und viel.

Infectio: Negatur. Masturbation angeblich nicht auffallend stark. Angeblich für gewöhnlich nicht erotisch veranlagt.

Sonstige Interessen: Musikalisch, liest gute Bücher, Sportliebend.

Körperlicher Befund: Mittelgroßer, schlanker, kräftig gebauter und genährter junger Mensch. Innere Organe gesund, Sehnenreflexe lebhaft, l. Gesichtshälfte $>$ r., l. Pupille $>$ r., Zunge beim Herausstrecken nach l. abweichend, fibrilläres Zucken um beide Mundwinkel, keine Narben, keine hysterischen Stigmata.

Vor der Aufnahme:

Wurde Herbst 1906 eines Tages vom Vater unter Androhung von Ohrfeigen ermahnt, nicht immer so spät nach Hause zu kommen (11 Uhr). Daraufhin verschwand Patient am nächsten Tage, kehrte aber nach zwei Tagen spontan zurück. Obwohl er auf ärztlichen Rat nicht bestraft wurde, wollte er nicht mehr ins Bankgeschäft, stahl vielmehr der

Mutter 50 Mk. und reiste nach Wien. Von dort schrieb er um Geld, um einen Straßenhandel mit Blumen anfangen zu können, sowie um die nötigen Papiere. Der Vater fand ihn beim Blumenverkauf auf der Straße und nahm ihn mit nach Hause. Er kam dann auf Anraten eines Psychiaters auf ein Gut, um Landwirtschaft zu erlernen. Hier beschwerten sich die Mägde bald über seine Zudringlichkeit. Er wurde zuerst schroff, dann begütigend zurechtgewiesen. Trotzdem Suicidversuch, indem er sich mit einer kleinen Pistole in den Mund schoß. Keine Bewußtlosigkeit. Das Projektil blieb im Gaumen stecken und fiel dann später von selber heraus.

Kam dann auf ein anderes Gut, wo er fast ein Jahr blieb. Hier versteckte er sich eines Tages unter dem Bette der Tochter, wurde entdeckt und lief fort. Unterwegs aufgegriffen und nach Hause gebracht, entlief er in derselben Nacht, trotzdem ein Arzt bei ihm schlief, unter Mitnahme von 150 Mk. aus einer erbrochenen Kassette. Nach 8 Tagen kam er spontan zurück. Polizeiliche Recherchen und Plakate an Litfaßsäulen waren ohne Erfolg gewesen. Kam dann nach der Irrenanstalt C., wo er fast ein Jahr blieb. Hier wollte er ein schwachsinniges Mädchen auf das Feld locken, lief aber fort, als er sich beobachtet sah, stellte sich nach einigen Tagen bei den Eltern ein und kam nach 6 Tagen in die Anstalt zurück. Er gestand auf Befragen, ein sexuelles Attentat geplant zu haben. März 1906 entwich er abermals zu seinen Eltern, nachdem er über einen verdienten Tadel ein sehr aufgeregtes Wesen gezeigt hatte. Weil er durchaus nicht nach C. zurück wollte, kam er in eine Privatheilanstalt, wo es ihm gut gefiel. Hier machte er beim Billardspiel eine sexuelle Attacke auf eine Dame in der Anstalt. Trotzdem er schonend behandelt wurde, entlief er nach 2 Tagen nach

Hause. Hier überfiel er das Dienstmädchen, das ihn zurückstieß; er hatte ihr die Bluse aufgerissen. Patient lief fort, schrieb, man werde seine Leiche finden, er sei totunglücklich, auch dieses wieder den Eltern angetan zu haben. Wurde dann in dem Wald, den er angegeben hatte, gefunden, lebend, schlafend. Wenn Patient etwas angestellt hat, ist er nach der Rückkehr wie gebrochen.

Aus dem Krankenblatt:

5. 6. 1909. Macht einen stillen, ruhigen, höflichen und bescheidenen Eindruck. Ist völlig orientiert, beantwortet allgemeine und persönliche Fragen richtig. Keine auffälligen Gedächtnislücken. Gefragt, warum er immer in Anstalten untergebracht werden müßte, nach langem Zögern: „Weil es mit mir nicht geht". Weiter will er sich darüber nicht äußern. „Ich mag es nicht sagen, ich schäme mich zu sehr." „Es tue ihm ja alles sehr leid, aber er könne im Moment nicht anders handeln, es treibe ihn förmlich dazu, Torheiten zu begehen, mit ruhiger und klarer Überlegung habe er nichts getan." Zum Geschlechtsakt sei es bei seinen Attentaten nie gekommen; gesteigerten Geschlechtstrieb negiert er.

10. 6. 1909. Störrisch und gereizt. Will sich der Anstaltsordnung nicht fügen. Schreibt räsonnierenden Brief nach Hause.

11. 6. 1909. Ruhig und gefügig.

27. 7. 1909. Will gerne das große Wort führen, sonst fügsam. „In diesem Jahre würde er sich ruhig verhalten und keinen Fluchtversuch machen. Im nächsten Jahre könne ihn aber hier nichts mehr halten."

19. 8. 1909. Dem Arzt gegenüber höflich und bescheiden. Sonst vorlaut, rechthaberisch, überlegen tuend.

27. 8. 1909. Erklärt, vor 3 Wochen habe er sich wieder einmal wie bei den früheren Attacken gedrückt und aufgeregt gefühlt, er habe sich da zänkisch und unverträglich benommen. Als er sich schlafen legte, kam ihm der Gedanke, er müsse von hier weglaufen. Er selbst habe nicht absichtlich fort gewollt, es sei mehr ein innerer Zwang gewesen. Dieser Zustand habe 2 Tage gedauert.

2. 9. 1909. Leicht gedrückt; kann keinen Grund angeben.

25. 10. 1909. Beim Spielen Neigung zum Mogeln.

15. 11. 1909. Hat immer Beschäftigung; treibt Lektüre, Musik, Sprachen; spielt Kegel, Billard.

17. 11. 1909. Der Vater warnt bei seinem Besuch, ihn in weibliche Umgebung zu bringen; das habe ihm stets geschadet.

23. 12. 1909. Auch der Lehrer erklärt ihn für reizbar, empfindlich und rechthaberisch.

5. 1. 1910. Stiert beim Kegelspiel die Damen unverwandt an.

11. 1. 1910. Unruhiger, verstörter Blick. Stellt sich zufrieden, scheint aber im Innern unlustig zu sein.

22. 1. 1910. Meint, es wäre gut, wenn er Soldat würde. „Er sei ja nicht geisteskrank, denn wenn er fortlaufe, habe er immer eine Veranlassung dazu."

3. 2. 1910. Krankhafte Selbstüberhebung und Eigendünkel.

15. 3. 1910. Hat immer Entschuldigungen für sein Handeln. Will nie zugeben, daß er im Unrecht ist, scheint es auch nicht einzusehen.

23. 4. 1910. Immer arrogant, auch gegen Ältere. Kann sich beim Spiel nicht beherrschen.

Auch hier tritt also um die Pubertätszeit ($15^1/_2$ Jahr) ein ethischer Defekt zutage, der sich in Diebstählen und sexuellen Attentaten äußert. Im Anschluß an jede Defekthandlung tritt gewöhnlich eine Entweichung auf. Was die psychiatrische Beurteilung des Patienten betrifft, so ist aus dem ethischen Defekt, der großtuerischen, grundlos zu Selbstüberhebung neigenden Natur und der labilen Stimmung bei sonstigen fehlenden geistigen Abweichungen und guter Intelligenz die Diagnose auf „degenerative psychopatische Konstitution“ zu stellen. Erbliche Belastung hat sich nicht nachweisen lassen; ob sie wirklich fehlt, muß aus bestimmten Gründen angezweifelt werden. Hysteriesymptome fehlen, für Epilepsie bietet sich anamnestisch und körperlich kein Anhaltspunkt.

Auch hier ist jeder Ausbruch von Wandertrieb mit einer Defekthandlung verbunden. Soweit sich letztere als Diebstahl äußert, ist sie in ähnlichem Sinne wie in Fall I aufzufassen: als Mittel zum Zweck und also dazugehörig. Bei vorausgegangenem sexuellen Attentat bildet dieses aber erst den disphorischen Reiz zur Entweichung. Die beim Anblick eines Mädchens erweckte Erotik wird zur überwertigen Vorstellung und führt zum sittlichen Attentat, da bei dem ethischen Defekt die natürliche Hemmung ausgeschaltet wird und Gegenvorstellungen nicht aufkommen. Der Tat folgt dann eine — wenn auch nicht anhaltende — Depression: Scham, Reue, Furcht, und aus diesem Gefühl entweicht er, begeht einmal auch einen Selbstmordversuch. Als Versuch der Strafentziehung ist seine Flucht weniger aufzufassen, da er wiederholt spontan zurückkehrt. Aus der wiedergegebenen Äußerung des Patienten v. 22. 1. 1910 geht hervor, daß er auch persönlich sein Fort-

laufen als Folge der Defekthandlungen auffaßt. Der dysphorische Reiz ist aber auch autochthon, wie aus der Krankengeschichte wiederholt hervorgeht, und bleibt auch im Sinne eines abortiven Fluchtversuchs auf sich beschränkt (24. 7., 27. 8., 2. 9. 1909).

Eine Bewußtseinstrübung, auch nur eine vorübergehende, etwa durch einen Affekt bedingte, hat sich in keinem Fall nachweisen lassen.

Fall III.

G. Z. 1890 geboren. 20. 8. 1904 eingeliefert. 14 Jahr.

Anamnese.

Heredität: Eltern und Großeltern waren Cousin und Cousine. Großmutter mütterlicherseits sehr nervös, Hang zur Schwermut. Mutter ebenfalls schwermütig, sollte als junges Mädchen in eine Anstalt. Eine Tante Epileptikerin. Vater und dessen Mutter an Migräne leidend. Eine Schwester geistig leicht zurückgeblieben.

Geburt: Normal.

Laufen und sprechen gelernt: Normal.

Krankheiten: Keuchhusten, Masern, chronischer Mittelohrkatarrh beiderseits.

Im 7. Lebensjahr choreatische Erscheinungen, abnorme Bewegungen an Händen und Beinen, Zucken der Lider.

Schule: Kam nur langsam vorwärts, war geistig leicht ermüdbar, mußte deswegen oft nach einer Viertelstunde aus dem Unterricht geschickt werden, um sich zu erholen.

Trauma: —.

Nikotin: —.

Alkohol: —.

Charakteranlagen: Sehr lebhaftes Temperament. Oft störrisch und auch durch Züchtigungen nicht zum Gehorsam

zu bringen. Durch schlechte Gesellschaft auf der Schule zu Onanie verleitet. Sonst willig und fleißig.

Körperlicher Befund: Für sein Alter kräftig und gesund aussehend. Im Gesicht und auf dem Kopfe einige alte, mit dem Knochen nicht verwachsene Narben, von einem Sturze herrührend. Haarwirbel nach r. verschoben, fliehende Stirn. Prognathie. Gesichtshälfte r. schmäler = links. Mundwinkel r. > l. Nasolabialfalte r. abgeflacht. Pupillen o. B., Reflexe o. B. Neigt zu Kopfkongestion. Choreatische Reminiszenzen: Ruckweise unwillkürliche Bewegungen durch den ganzen Körper. Motorische Unruhe in Zunge und Fingern.

Entweichungen vor der Einlieferung. Sämtlich aus der Fremde nach Hause:

I. Bei Empfang eines Briefes seiner Eltern, daß er als Strafe für eine Unfolgsamkeit über das Pfingstfest nicht nach Hause kommen dürfe, wurde er angeblich dunkelrot und sehr erregt. Er entwich an demselben Tage, ging zunächst 25 km zu Fuß und benützte dann die Eisenbahn. Festgenommen und in ein Abteil eingeschlossen, entwich er durch das Fenster in den Wald, schlich sich abends auf die Station und übernachtete auf einem Abort. Ging am nächsten Tage 25 km, schmuggelte sich durch die Bahnsperre in einen Zug, wurde aber unterwegs erkannt und festgehalten. Seine Erinnerung an diese Reise ist lückenlos. Als Grund gibt er an, daß es ihm bei seinen Pensionseltern nicht gefallen habe.

II. Kehrte auf der Fahrt aus den Ferien nach Halle auf dem Bahnhof um und fuhr nach Merseburg, übernachtete dort und wurde ergriffen.

III. Im unmittelbaren Anschluß an II, schon den nächsten Tag, entlief er aus der Pension und fuhr nach Hause.

Beide Male war auch hier die Rückerinnerung eine gute. Als Grund wurde Abneigung gegen die Schule und Furcht vor einem Lehrer, der ihn geschlagen hatte, angegeben. Der Gedanke zur Flucht sei ihm jedesmal plötzlich gekommen.

Während seiner Anstaltsbehandlung sind folgende Entweichungen und Versuche hierzu vorgekommen (nach dem Journal):

21. 8. 1904. Patient ist bei der Aufnahme besonnen, orientiert, macht einen offenen, zutraulichen Eindruck, blickt frisch in die Welt. Erzählt ausführlich seine drei Entweichungen.

28. 8. 1904. Fleißig und folgsam. Es gefalle ihm hier ausgezeichnet; zu Hause sei es ihm zu langweilig. Keine Spur von Heimweh.

31. 8. 1904. Entweichung: Verschwand gestern Nachmittag aus dem Tummelgarten, als gerade die überwachenden Wärter abwechselten. Gegen acht Uhr war er plötzlich wieder da. Ist verschlossen, will nicht recht antworten, spricht sonst mit der gewohnten hellen Stimme ohne Beiklang von Erregung. Er habe schon gestern die Absicht gehabt fortzulaufen, gibt keinen Grund an. Nickt auf die Frage, ob er Heimweh gehabt habe, mit dem Kopfe, doch scheint dies nicht der tatsächliche Grund der Entweichung gewesen zu sein. Er wollte angeblich nach Hause, kehrte aber unterwegs auf demselben Wege um, wegen plötzlicher Reue. Erinnert sich ganz genau an jede Einzelheit, hat über den hiesigen Aufenthalt keine Klage. Patient war die übrige Zeit des Tages ganz munter gewesen und ließ von seinen Fluchtgedanken nichts merken. Er hatte sich — aus dem Atlas — die Hauptorte des Weges nach seiner Heimat notiert.

1. 9. 1904. Gibt an, er habe schon auf der Fahrt hierher und während seines ganzen bisherigen Aufenthaltes hier Fluchtgedanken gehabt. „Wenn der Drang zum Fortlaufen in ihm stark werde, könne ihn nichts halten, es schlage dann alles zusammen.“ Demonstriert, wie er Schlösser öffne, durch Fenstergitter klettere usw.

2. 9. 1904. Seit ca. 2 Jahren zeitweise Lebensüberdruß, er sei doch zu nichts nütze, wenn er sich umbringe, dann wären die Eltern ihn los. Es gehe ja ganz rasch, wenn man den Kopf an eine Mauer renne. Erzählt dies mit der gewohnten klaren Miene.

4. 9. 1904. Verspricht spontan zu sagen, wenn er wieder den Trieb zum Entlaufen spüre.

17. 9. 1904. Gestern nachmittag ganz eigentümlich, verlangt nach seinen Kleidern, er werde sonst nichts mehr essen, sich verhungern lassen. Er wolle nicht fortlaufen, verlangt aber seine Sachen usw. Bewußtsein nicht getrübt. Dabei roter Kopf; starrer, ausweichender Blick. Ist, wie er zugibt, von einem anderen Patienten aufgehetzt, beruhigt sich auf Zuspruch.

26. 9. 1904. Hatte sich gestern abend in seinem Zimmer versteckt und kam trotz wiederholten Rufens nicht zum Vorschein. Gibt nachher keine rechte Auskunft, blickt verlegen zur Seite, verneint Fluchtgedanken. Will nach Hause. Gerötetes, kongestioniertes Gesicht, scheuer Blick. Sieht zur Seite.

24. 10. 1904. Versprach dem ihn begleitenden Wärter, auf der Straße einen Augenblick zu warten, während dieser in einen Laden getreten war. War aber trotzdem fortgelaufen, irrte planlos in der Stadt umher und wurde dann von dem Dienstmädchen seiner Tante vor dem Hause gefunden. Es

bedurfte langer Überredungskunst, ihn in die Anstalt zurückzubringen. Gibt an, er habe einen Mantel verkaufen und mit dem Geld nach Leipzig fahren wollen. Von da zu Fuß nach Hause. Hier gefalle es ihm nicht mehr, besonders der Unterricht nicht, in dem er von anderen gehänselt würde.

30. 10. 1904. Munter und vergnügt.

Februar 1905. Keine Fluchtversuche mehr. Vielleicht infolge einer beim Spiel zugezogenen Unterschenkelfraktur? Einige Zeit nach Hause beurlaubt. Kommt auf eine öffentliche Schule.

Die starke erbliche Belastung, die Degenerationszeichen, die leicht ermüdbare Intelligenz und das wechselnde Temperament weisen ohne weiteres auf die „erbliche degenerative psychopathische Konstitution“ hin. Doch ist hier das Krankheitsbild ein bedeutend gleichmäßigeres wie in den beiden anderen Fällen, besondere Veränderungen zur Pubertätszeit treten nicht auf, die Degeneration liegt auf intellektuellem Gebiete. Hysteriesymptome fehlen. Bezüglich der als choreatischen von den Eltern angegebenen Erscheinungen könnte man auch an Epilepsie denken, besonders auch wegen der häufigen Kopfkongestionen, kann sich aber wohl auf diese Angabe verlassen, da sonstige Anhaltspunkte fehlen und die Eltern auch aus einem Familienfall epileptische Krämpfe kennen. Die Beurteilung seiner Entweichungen ist ohne Schwierigkeiten verknüpft. Bei dem ersten Male bildet das Verbot, über das Fest nach Hause zu kommen, wahrscheinlich das den dysphorischen Reiz auslösende Moment. In den beiden anderen Fällen war es Furcht und Heimweh. Bei der Entweichung am 31. 8. 1904 handelte es sich um einen autochthonen Reiz. Sie hätte impulsiven Charakter,

wenn nicht die autochthone Dysphorie für die stets vorhandene Absicht zu entweichen gerade im Augenblick bestimmend gewesen wäre. Abortive Fluchtversuche und Dysphorie sind auch sonst noch zu beobachten (26. 9., 24. 10. 1904). Bewußtseinstrübungen sind niemals beobachtet worden.

Zusammenfassung.

Alle drei Fälle sind also in jeder Hinsicht eine Bestätigung des Heilbronnerschen und Schultzeschen Satzes, daß der Wandertrieb die krankhafte Reaktion degenerativ veranlagter Individuen auf dysphorische Reize bilde. Alle drei Patienten sind degenerative Psychopathen, zwei mit ethischem, der dritte mit leichtem intellektuellen Defekt. Für jeden ihrer Wanderanfälle ist ein auf äußere Umstände zurückführbarer oder ein autochthoner dysphorischer Reiz fast ausnahmslos nachweisbar. Ebenso läßt sich verfolgen, wie der Wandertrieb habituell wird. Dabei hat sich eine Bewußtseinstrübung niemals nachweisen lassen. Grund zur Annahme einer solchen hat sich ebenfalls nicht geboten.

Die Fälle bieten meiner Ansicht nach insofern besonderes Interesse, weil man bei ihnen — besonders bei Fall I — alle von Heilbronner wie Raecke aufgeführten Punkte über Entstehung und Ausdrucksweise der Dysphorie finden kann, ebenso auch ärztlich beobachtete, wirkliche und arbortive Entweichungsversuche. Die habituelle Form des Wandertriebes legt die Vermutung nahe, daß es auch späterhin bei allen dreien zu Remissionen kommen wird, bei Fall I u. II wahrscheinlich mit forensischem Hintergrund, besonders wenn sie militärpflichtig werden sollten. Die Kenntnis der Entwicklung ihrer Krankheit dürfte dann für die klinische und forensische Beurteilung von großer Bedeutung werden.

Spezialdruckerei für Dissertationen, Robert Noske, Borna-Leipzig.

Literaturverzeichnis.

1. **Heilbronner,** Über Fugues und fugueähnliche Zustände. Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 1903 Bd. 23 S. 107 ff.
2. **Raecke,** Über epileptische Wanderzustände. Archiv für Psychiatrie Bd. 43 Heft 1.
3. **E. Schultze-Bonn,** Über krankhaften Wandertrieb. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 60 S. 795 ff.
4. **Donath,** Der epileptische Wandertrieb. Archiv für Psychiatrie Bd. 32 S. 353 ff.
5. **Aschaffenburg,** Gewisse Formen der Epilepsie. Archiv für Psychiatrie Bd. 27 S. 955 ff.
6. **Aschaffenburg,** Über die Stimmungsschwankungen der Epileptiker. Halle 1906.
7. **Th. Ziehen,** Das impulsive Irresein. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1902 Bd. 11.
8. **Th. Ziehen,** Psychiatrie für Ärzte und Studierende. Leipzig 1902.
9. **Rauschke,** Zur Frage des impulsiven Irreseins. Charité-Annalen Bd. 30.
10. **Giovanni Saiz,** Die obsessive psychopathische Konstitution. Medizinische Klinik 1906 Heft 39—42.
11. Vereinsbericht aus der psychiatrisch-neurologischen Sektion des Budapester Kgl. Ärztevereins. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1908 31. Jahrg. S. 859.
12. **Albrecht,** Klinische Betrachtungen bei Entweichungen Geisteskranker. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 63 S. 848.
13. **Raecke,** Die transitorischen Bewußtseinstrübungen der Epileptiker. Halle 1903.

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Dr. Kahlbaum in Görlitz für die Überlassung des Materials, sowie Herrn Dr. Hiss für das der Arbeit entgegengebrachte Interesse meinen verbindlichsten Dank zu sagen.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Siegfried Martin Theophil Maaß, wurde am 3. September 1883 als Sohn des Kgl. Regierungs- und Schulrats Bernhard Maaß in Poelitz bei Stettin geboren. Nach Besuch einer Vorschule kam er Ostern 1893 auf das Gymnasium zu Stralsund, welches er 1902 mit dem Zeugnis der Reife verließ, um Medizin zu studieren. Im Sommer 1902 genügte er seiner Dienstverpflichtung als Einjährig-Freiwilliger beim III. Bataillon Inf.-Reg. Prinz Moritz von Anhalt-Dessau (5. Pomm.) Nr. 42 zu Greifswald und war an der dortigen Universität immatrikuliert. Vom WS. 1902/03 bis SS. 1907 gehörte er als Studierender der „Kaiser-Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen“ an. Am 1. Oktober 1907 wurde er zum Unterarzt des Friedensstandes beim Feldartillerieregiment Nr. 24 ernannt und zur Ableistung des praktischen Jahres an das Charitékrankenhaus kommandiert, wo er an den Kliniken der Herren Prof. Dr. Ziehen, Prof. Dr. Hildebrand, Prof. Dr. Greeff, Prof. Dr. Bumm und Prof. Dr. Hiss tätig war.

Am 14. Januar 1909 vollendete er die ärztliche Staatsprüfung in Berlin mit dem Prädikat „gut“ und wurde in das 1. Westpr. Fußartillerieregiment Nr. 11 in Thorn versetzt, wo er am 24. März 1909 zum Assistenzarzt bei diesem Regiment befördert wurde.